



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“Métodos anticonceptivos: conocimientos, actitudes y prácticas
en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución
educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio.
Mayo - octubre 2012”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. Sulma Elita Chuquipoma García

Bach. Margarita Rojas Chávez

ASESOR:

Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega

TARAPOTO – PERÚ

2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

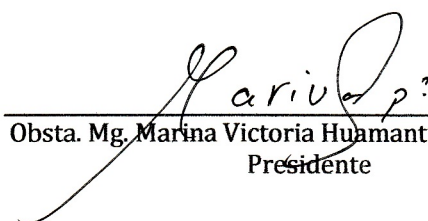
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

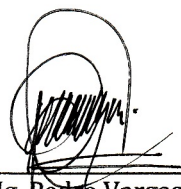
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

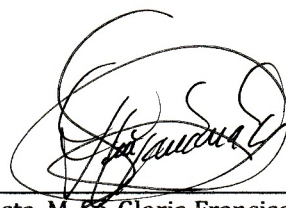
TESIS

**"Métodos anticonceptivos: conocimientos, actitudes y prácticas
en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución
educativa "Wilfredo Zegarra Sandoval" Jepelacio. Mayo -
octubre 2012"**

JURADO CALIFICADOR:


Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Presidente


Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez
Miembro


Obsta. M. Sc. Gloria Francisca Quijandría Oliva
Miembro

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de existir y las fuerzas para salir adelante.

A mis Padres: LEONARDO porque gracias a él soy lo que soy, quien ahora esta con Dios en su gloria y se que desde ahí me guía y me da fuerzas para no desfallecer y MARTINA que siempre estuvo apoyándome para seguir adelante.

A mis hermanos: JUAN, HECTOR, MARISEL Y ESTEL porque a pesar de todo lo que nos tocó pasar estuvieron a mi lado siempre.

Sulma.

DEDICATORIA

A **Dios**, que me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mis Padres: **Jorge y Elvira**, por su abnegada labor y permanente apoyo moral, cumpliendo a cabalidad su rol de padres y consejeros, para así lograr mis metas propuestas.

A **Charles** mi pareja por estos meses maravillosos, y por todo el apoyo que me da para continuar y seguir con mi camino.

Margarita.

AGRADECIMIENTO

Definitivamente este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que nos brindaron su ayuda; siempre resultará difícil agradecer a todos aquellos que de una u otra manera nos han acompañado en este seminario de titulación para el desarrollo de esta investigación, porque nunca alcanza el tiempo, el papel o la memoria para mencionar o dar con justicia todos los créditos y méritos a quienes se lo merecen. Por tanto, queremos agradecerles a todos ellos cuanto han hecho por nosotras, para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

Partiendo de esta necesidad y diciendo de antemano MUCHAS GRACIAS, primeramente deseamos agradecer especialmente a Dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia y después de varios esfuerzos, dedicación, aciertos y reveses que caracterizaron el desarrollo de mi formación profesional y que con su luz divina me guió para no desmayar por este camino que hoy me llevó a la meta.

Agradecemos infinitamente a la Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega, por asesorarnos y guiarnos en este proceso de investigación, por brindarnos su tiempo y esmero para que todo fuera posible.

Agradecemos al Prof. Alfonzo López Director de la I.E. Secundaria Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio, por el apoyo brindado al habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este proyecto en las instalaciones de la escuela.

Las autoras

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	Viii
Abstract.....	ix
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Bases Teóricas.....	4
1.3. Justificación.....	50
1.3. Problema.....	53
CAPITULO II: OBJETIVOS	54
2.1. Objetivo General.....	54
2.2. Objetivo Especifico.....	54
CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES.....	55
3.1. Hipótesis.....	55
3.2. Variables.....	55
3.3. Operacionalización de las Variables.....	56
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	59
4.1. Tipo de Investigación.....	59
4.2. Diseño de investigación.....	59
4.3. Población y Muestra.....	60
4.4. Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	60
4.5. Procedimiento.....	61
4.6. Método e Instrumento de Recolección de Datos.....	62
4.7. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	62
4.8. Plan de Recolección de Datos.....	63
4.9. Plan de Tabulación y Análisis de Datos.....	64

V. RESULTADOS.....	65
VI . DISCUSIÓN.....	73
VII . CONCLUSIONES.....	78
VIII . RECOMENDACIONES.....	79
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	80
X. ANEXOS.....	84

RESUMEN

En el presente estudio se determinaron los Conocimientos, Actitudes Y Prácticas sobre los métodos anticonceptivos en Adolescentes de la Institución Educativa Secundaria “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio Mayo - Octubre 2012”.

El método que se utilizó fue descriptivo simple; la población estuvo compuesto por 94 estudiantes, la técnica que se utilizó fue la entrevista y cuestionario, finalmente se arribaron a las siguientes conclusiones:

El nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio está entre medio y alto es decir con un conocimiento regular ya que representan un 61.7%

La actitud de los estudiantes de la I.E. Wilfredo Zegarra Sandoval en relación a los métodos anticonceptivos, es buena porque el 84% (79 estudiantes) tiene una actitud de aceptación o buena actitud sobre los métodos anticonceptivos

La prácticas de los estudiantes de la I.E. Wilfredo Zegarra Sandoval en relación a los métodos anticonceptivos fluctúa entre bueno y aceptable; ya que el 59.6% (56 estudiantes) tienen buenas prácticas, un 37.2% (35 estudiantes) tiene prácticas aceptables.

Se determinó que el 84% de adolescentes (79 estudiantes) refiere no haber iniciado las relaciones sexuales y el 16% de adolescentes (15 estudiantes) ya han iniciado sus relaciones sexuales y utilizan algún método anticonceptivo. El 78.57% de adolescentes que han iniciado sus relaciones sexuales utilizo preservativo como método anticonceptivo.

ABSTRACT

The present study examined the knowledge, attitudes and practices about contraception in adolescents in the Secondary Educational Institution "Zegarra Wilfredo Sandoval" Jepelacio May to October 2012. "

The method used was simple descriptive, the population was composed of 94 students, the technique used was the interview and questionnaire, finally arrived at the following conclusions:

The level of knowledge about contraception for students of School Wilfredo Sandoval Jepelacio Zegarra is medium to high with a knowledge that is regular, representing 61.7%

The attitude of students I.E. Wilfredo Sandoval Zegarra relating to contraception, is good for 84% (79 students) have an attitude of acceptance or good attitude about contraception

The practices of students I.E. Wilfredo Sandoval Zegarra relating to contraception ranges from good and acceptable and that 59.6% (56 students) have good practices, 37.2% (35 students) has acceptable practices.

It was determined that 84% of adolescents (79 students) refers not initiating sex and 16% of adolescents (15 students) have already started their sex and use birth control. The 78.57% of teens who have started their sex use condoms for birth control.

TITULO:

Métodos anticonceptivos: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio. Mayo – octubre 2012.

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. ANTECEDENTES.

GONZALES, Juan (14) en su estudio: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar, estudio realizado en 13 699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba - Bogotá (Colombia) 2009 , los resultados obtenidos indican que la prevalencia de relaciones sexuales de 17 %. El 8 % de los hogares presentan disfunción severa y 39 % son nucleares incompletos. Las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres. Se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia

SALAZAR (14), en su estudio; Conductas y actitudes de estudiantes adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos: estudio realizado en alumnos de 5to de secundaria de los distritos de Los Olivos y San Martín de Porras en Lima. 2001; los resultados obtenidos indican que el 80% de los estudiantes viven con sus progenitores los

cuales tienen un nivel educativo entre secundaria y superior, Se encontró que los miembros de la familia son la fuente principal de información sexual y que los medios de comunicación donde se informaron sobre aspectos sexuales señalan al periódico y la TV considerando esta última como la más seria y confiable (62%). Un elevado porcentaje señala que el condón y la píldora son los anticonceptivos más conocidos (varones 92% y mujeres 88%) consideran que el condón es el más usado por los jóvenes por ser "seguro". Las barreras para el uso de anticonceptivos, que indican, son "la falta de información" y "la vergüenza".

SAAVEDRA (16) y otros en su trabajo "nivel de conocimiento y actitudes que tienen las adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos según el estrato social en el Hospital del ministerio de Salud 2001". se obtuvo una población de 60 adolescentes y concluyeron que las puérperas adolescentes de un estrato social bajo tienen un desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos con un grado de instrucción primaria, siendo Madres solteras, viviendo en invasiones, mayor riesgos a embarazos no deseados, presentan una actividad indiferente hacia el uso de los anticonceptivos.

CHAVEZ, María (17) en su estudio titulado: conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar y sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de tintayamarquiri y campamento bhptintaya 2001, los resultados obtenidos fueron: El

90,9% de los adolescentes reconoció uno o varios métodos anticonceptivos, siendo los más reconocidos los preservativos (83,7%) y las píldoras(62%).El 7,2% de los adolescentes inició su actividad sexual, en un rango de edades de 12 a 18 años, media de 15,73 años. De estos, el 87% pertenece al sexo masculino y solo un 13% al femenino. Del total de adolescentes que iniciaron actividad sexual, 60% utilizaron algún método anticonceptivo. La edad que creen adecuada los adolescentes iniciar sus relaciones sexuales, da una media de 22,3 años DE: 3,66; Dando como principales razones la madurez (33%), estabilidad y responsabilidad. El 35% conocen sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, el 65% restante, no conoce o tiene una idea equivocada sobre estos.

BAHAMONDE (18) y otros, en el estudio: "Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa del Centro Educativo Nacional "Antenor Orrego Espinoza en el Distrito San Juan de Lurigancho - 2004". En cuyos resultados se encontró que la relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos no es estadísticamente significativa; obteniéndose un porcentaje de conocimiento regular de 58.3% mientras que el grupo que presenta un nivel de conocimiento bueno tuvo una aplicación correcta en un 66.7 %, además se encontró un nivel de conocimiento regular con una aplicación incorrecta de 54.3%.

Concluimos que tener conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos no es un factor que asegure su uso correcto.

1.2. BASES TEORICAS

CONOCIMIENTOS

El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón (19).

Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido; Según Salazar Bondy (19) define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acúmulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje.

Distingue además 2 niveles de conocimientos:

Conocimiento Vulgar: aquel que es adquirido y usado espontáneamente.

Conocimiento Científico: aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

Conocimiento científico del nivel superior, eminentemente problemático y crítico y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia, SALAZAR BONDY 1971 (19)

Según Mario Bunge (20) el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en:

Conocimiento Científico el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.

Conocimiento Vulgar es vago, inexacto limitado por la observación.

Según Manuel Kant en su “Teoría de conocimientos” refiere: que el conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos: Kant 1972. (21).

Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el **Conocimiento empírico** elaborado después de la experiencia.

De lo cual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual. (21).

Evaluación de los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación:

Son técnicas e instrumentos que tratan de verificar el grado de aprendizaje logrado por los alumnos en el curso de formación realizado. Este aprendizaje se puede situar a nivel conceptual (conocimientos) o a nivel comportamental (habilidades). (22).

Consiste en verificar si se han alcanzado los objetivos marcados en la acción formativa, es decir, si las personas que han asistido al curso han asimilado los conocimientos y habilidades que se pretendían. (22)

Para esta verificación se suelen utilizar dos tipos de técnicas:

- Pruebas de conocimiento
- Situaciones de prueba

Ambas técnicas se pueden utilizar tanto al final como a lo largo del curso. La elección del momento de aplicación de estas pruebas depende de la duración de la acción formativa (22):

- Para acciones formativas de duración corta, conviene efectuar las pruebas una vez que el curso ha concluido. (22)
- Para acciones formativas de larga duración, que por lo general revestirán mayor dificultad y contenidos más amplios, es conveniente realizar alguna prueba durante el curso, con el fin de comprobar que los conocimientos están siendo asimilados de forma adecuada.(22)

Las pruebas de conocimiento se realizarán cuando la acción formativa tenga básicamente contenidos de tipo conceptual, por ejemplo un curso de legislación laboral, de finanzas para no financieros, etc. (22)

Las situaciones de prueba son más apropiadas de utilizar cuando la acción formativa se dirija fundamentalmente a la adquisición de habilidades de tipo operativo básicamente (manejo de aplicaciones informáticas, de maquinaria de producción, etc.) y principalmente cuando un manejo inadecuado de esas herramientas o máquinas puedan suponer un coste elevado o un peligro para el operario u otras personas. (22).

Resulta conveniente que el empresario exija que se incluyan pruebas para evaluar este nivel, a la hora de contratar la Formación con una

entidad. Este proceso debería ser por cuenta de la empresa u organismo contratado. (22)

Ventajas: (22)

- Permite evaluar los conocimientos adquiridos.
- Posibilidad de recoger gran cantidad de comentarios.
- Semejanza con la situación real de trabajo, cuando se utilizan situaciones de prueba.

Inconvenientes: (22)

- La elaboración de las pruebas es compleja.
- La situación de prueba puede ser costosa en tiempo y dinero.
- Las personas que evalúan deben ser expertas en las tareas a evaluar.
- El hecho de evaluar a los empleados puede generar recelos o resistencias, al sentirse "examinados".

Cómo hacerlo:

A continuación se describen los dos tipos de técnicas utilizadas para apreciar los conocimientos y habilidades adquiridas en la formación. Debe tenerse siempre en cuenta para el diseño de estas pruebas los objetivos pedagógicos de la acción formativa, es decir, los resultados concretos de aprendizaje que se pretenden obtener con dicha acción. Es obvio explicitar que, a su vez, los contenidos pedagógicos deben

estar íntimamente ligados con los objetivos operativos que el empresario trata de conseguir con esa formación. (22)

Como hacer pruebas de conocimiento: (22)

Las pruebas de conocimiento se pueden realizar de distintas formas:

- **Redacción de informes:** Se pide a los participantes que escriban en un número determinado de páginas, lo que han entendido con respecto a los contenidos impartidos en el curso. (22)
- **Cuestionario de preguntas abiertas:** Se utilizan preguntas abiertas y se pide a los participantes que escriban cada respuesta de forma narrativa.(22)
- **Cuestionario de preguntas cerradas:** Una vez realizada la pregunta se le ofrece al asistente un número limitado de respuestas.(22)

Los informes y los cuestionarios de preguntas abiertas requieren gran esfuerzo en la corrección, influyendo en la misma la subjetividad de quien corrige. Pueden incluir información irrelevante, pero permiten recoger información muy amplia.

El cuestionario de preguntas cerradas tipo test es el sistema más rápido, efectivo, fácil de aplicar y de corregir. Es preciso cuidar mucho su diseño para que recoja toda la información necesaria.

El formato tipo test evita la subjetividad de quien califica. Además la rapidez en su corrección lo hace más económico. Estos cuestionarios se pueden completar con algún espacio abierto donde el alumno pueda incluir sus comentarios, por ejemplo, solicitando por qué a determinada respuesta.

Existen diferentes formatos para este tipo de cuestionarios:

- a) Preguntas de opción múltiple.
- b) Preguntas de verdadero o falso.
- c) Preguntas para completar o tachar

Como hacer situaciones de prueba:

Las situación de prueba es una técnica que coloca a los formados ante ejercicios que simulan situaciones reales de trabajo, para poder evaluar el nivel de conocimientos y habilidades adquiridos por los alumnos en un curso de formación. (22)

El diseño de los ejercicios debe ser un fiel reflejo de la realidad, es decir, copiar las condiciones reales de trabajo. (22)

Es importante indicar de forma clara y sencilla todos los aspectos que intervienen en la realización de las pruebas, así como señalar de forma específica los objetivos que se deben conseguir. (22)

Ventajas: (22)

- La semejanza con la situación real de trabajo.
- Puede evaluar varios tipos de conocimientos y habilidades a la vez.
- Se puede realizar tanto en grupo como individualmente.

Inconvenientes: (22)

- La elaboración de ejercicios es compleja.
- Puede ser costoso en tiempo y dinero.
- Las personas que evalúan deben ser expertas.

El segundo nivel de impacto ya ha sido evaluado. Con ello hemos conseguido saber si los participantes en la acción aprendida han asimilado los conocimientos o habilidades que se pretendían. Sabemos, por tanto, si los objetivos pedagógicos se han cumplido. De nuevo podemos decir que nos es útil esta evaluación, especialmente en el caso de ciertos tipos de formación. Pero nos interesa dar más pasos, en el sentido de verificar, sobre todo, si lo que se ha aprendido en el aula o taller de aprendizaje se pone en práctica en el puesto de trabajo.(22)

Para el siguiente proyecto se empleara el cuestionario con preguntas cerradas en un total de 20, recibiendo cada pregunta correcta el puntaje de uno y la incorrecta cero, dándonos al final un puntaje por

cada adolescente encuestado que lo clasificaremos según el siguiente esquema:

Nivel de conocimiento	Puntaje
-----------------------	---------

Alto	: 15 – 20 pts.
------	----------------

Medio:	11-14 pts.
--------	------------

Bajo	: 0-10 pts.
------	-------------

Esquema utilizado en la investigación de la Lic. Inés Maruja Albornos Tafur, (31)

ACTITUDES:

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. Allport da la siguiente definición: “Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta” (23)

La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia el. Por otro lado, Whithaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera determinada frente a un objeto específico” (23).

Resumiendo las definiciones de actitud Kerlinger refiere: “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”. (23)

De lo expuesto la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia. (23)

Formación de las actitudes:

Las actitudes se van formando de distintas maneras; la conformidad, medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adoptada la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien (24).

Estructura de las actitudes:

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos; el elemento, cognoscitivo, conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tiene sobre el objeto de la actitud; toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia; el elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas; y el elemento

motivacional, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante (acto) conductual. (24)

Características de las actitudes:

Entre las principales características de las actitudes tenemos: son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, sin de extensión variable es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre si constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tiene una dirección u orientación frente a los objetos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente).(24).

Dimensión de la medición de las actitudes:

Según Calenzani la tendencia de las actitudes esta dado porque puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades. La dirección de la actitud (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad) esperado considerándola como una sola dimensión. (24)

Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto. (24)

Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determinada el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable). (24)

Finalmente es preciso señalar que “la dirección y la intensidad entraña al componente afectivo”. (24)

Evaluación de las actitudes:

Evaluar consiste en asignar un valor a algo.

“Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser la intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada”. (24)

Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcione a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deduce o infieren las actitudes. (24)

La **escala de Lickert** toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar

para cada una de ellas si prueban, está indecisos o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que registran, el proceso siguiente es ver en qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiestan un acuerdo sustancial. (24)

Medición de las actitudes:

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. “Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas del objeto de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto. Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo. (25)

Antonio Pinilla en su obra “Psicología Social” (25), explica:

Actitud de aceptación: La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traduce en comportamiento que se describe como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se

cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo. (25)

Actitud de rechazo: cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante. (25).

PRACTICAS:

Es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: “Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no logro llevar dichos datos a la práctica con éxito” (26).

Medición:

La escala de tipo Likert (también denominada método de evaluaciones sumarias) es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta). La escala se llama así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso.(27)

Elaboración de la escala (27)

1. Preparación de los ítems iniciales; se elaboran una serie de enunciados afirmativos y negativos sobre el tema o actitud que se pretende medir, el número de enunciados elaborados debe ser mayor al número final de enunciados incluidos en la versión final.

2. Administración de los ítems a una muestra representativa de la población cuya actitud deseamos medir. Se les solicita a los sujetos que expresen su acuerdo o desacuerdo frente a cada ítem mediante una escala.
3. Asignación de puntajes a los ítems; se le asigna un puntaje a cada ítem, a fin de clasificarlos según reflejen actitudes positivas o negativas.
4. Asignación de puntuaciones a los sujetos; la puntuación de cada sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems.
5. Análisis y selección de los ítems; mediante la aplicación de pruebas estadísticas se seleccionan los datos ajustados al momento de efectuar la discriminación de la actitud en cuestión, y se rechazan los que no cumplan con este requisito.

Ejemplo de pregunta formulada con un elemento de tipo Likert de 5 puntos

Hay que hacer una distinción importante entre escala de tipo Likert y elemento de tipo Likert. La escala es la suma de las respuestas de los elementos del cuestionario. Los elementos de tipo Likert van acompañados por una escala visual análoga (por ejemplo, una línea horizontal, en la que el sujeto indica su respuesta eligiéndola con un círculo); a veces se llama escalas a los elementos mismos. Ésta es la razón de muchas confusiones y es preferible, por tanto, reservar el

nombre de escala de tipo Likert para aplicarlo a la suma de toda la escala, y elemento de tipo Likert para referirse a cada elemento individualmente. (27)

Un elemento de tipo Likert es una declaración que se le hace a los sujetos para que éstos lo evalúen en función de su criterio subjetivo; generalmente se pide a los sujetos que manifiesten su grado de acuerdo o desacuerdo. Normalmente hay 5 posibles respuestas o niveles de acuerdo o desacuerdo, aunque algunos evaluadores prefieren utilizar 7 a 9 niveles; un estudio empírico reciente demostró que la información obtenida en escalas con 5, 7 y 10 niveles posibles de respuesta muestra las mismas características respecto a la media, varianza, asimetría y curtosis después de aplicar transformaciones simples.(27)

El formato de un típico elemento de Likert con 5 niveles de respuesta sería:

Me gusta el cine:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

La escala de Likert es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado. (27)

La escala de Likert, al ser una escala que mide actitudes, pero también se utiliza para la medición de prácticas, es importante que pueda aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones lo cual es perfectamente normal en términos de información. Debido ello es importante considerar siempre que una escala puede y debe estar abierta a la posibilidad de aceptar opciones de respuesta neutrales. (27)

Ej.: "La política exterior de Francia afecta a la política de Sudamérica."

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Nota: tener presente que cualquier elección debe ser tomada en cuenta de la misma manera que el sujeto de la muestra, ejemplo: si para el evaluador "Totalmente de acuerdo" cumple con los estándares asignados a su investigación, no pretenda que el sujeto encuestado lo sepa, ya el estará aprobando lo que percibe marcando con un "De acuerdo". (27)

Puntuación y análisis:

Después de completar el cuestionario, cada elemento se puede analizar por separado o, en algunos casos, las respuestas a cada elemento se suman para obtener una puntuación total para un grupo de elementos. Por ello las escalas de tipo Likert son un tipo de escalas sumativas. (27)

Se considera una escala de tipo ordinal, ya que no podemos asumir que los sujetos perciban las respuestas como equidistantes, aunque podría asumirse si cada elemento se acompaña de una escala visual horizontal en la cual deba marcar su respuesta, y en la que cada respuesta esté situada de forma equidistante.(27)

Cuando los datos se tratan como ordinales, es posible calcular la mediana y la moda (pero no la media). La dispersión se calcula por medio del intervalo entre cuartiles (no es posible calcular la desviación típica), o puede analizarse mediante técnicas no paramétricas, como la distribución χ^2 , la prueba deMann-Whitney, la prueba de los signos de Wilcoxon o la prueba de Kruskal-Wallis.(27)

Las respuestas a los elementos se puede sumar, y hay que tener en cuenta que todos los elementos deben medir lo mismo (por ejemplo, la actitud hacia los extranjeros). Podría aplicarse un análisis de varianza.(27)

Ventajas y desventajas:

Ventajas: Es una escala fácil y rápida de construir.

Desventajas: Dos personas pueden obtener el mismo puntaje partiendo de elecciones distintas.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

CLASIFICACIÓN GENERAL:

Las técnicas anticonceptivas actuales tratan de interrumpir el proceso de la concepción actuando de distintos modos. Algunas poseen más de un mecanismo de acción contraceptiva, como es el caso de los preparados hormonales. Según el Manual de Normas de Planificación Familiar, escrito por Asistencia Técnica de DevelopmentAssociates,Inc, en USA. 1995 (29) se pueden clasificar los métodos anticonceptivos en cuatro grandes grupos que son:

Métodos hormonales:

- Orales.
- Inyectables.
- Implantes Norplant®
- Post- Coital

Métodos de barrera:

- Preservativos Masculinos.
- Preservativos Femeninos.
- Espermicidas.
- Espumas vaginales.
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Diafragma.

Métodos Naturales:

- Abstinencia.
- Coitus Interruptus.
- Método del Ritmo.
- Observación del moco cervical.
- Temperatura basal.
- Sintotérmico

Métodos de esterilización:

- Esterilización femenina (AQV)
- Vasectomía.

A. Métodos Hormonales:

“Los anticonceptivos hormonales orales son compuestos químicos sintéticos esteroides que se administran por vía oral para la regulación de la fertilidad. Las principales formas de presentación son las que

contienen estrógenos y progesterona combinados y los que contienen progestina solamente.(28)

“Los anticonceptivos hormonales orales actualmente constituyen el método más eficaz de anticoncepción reversible. En general, siempre que no existan contraindicaciones para su utilización y siempre que sea aceptado por la mujer, son el método anticonceptivo de elección”.(28)

Según el MINSA, son sustancias químicas que alteran la función hormonal normal de la mujer para que no produzca ovulación y modifica el moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectables; cuando se utilizan adecuadamente los métodos hormonales son efectivos pero no ofrecen protección frente enfermedades de transmisión sexual tales como el sida.(29)

Píldoras:

Los anticonceptivos orales incluyen las píldoras combinadas, que contienen estrógenos y progestina (una forma sintética de progesterona) y las píldoras sólo de progestina. Para evitar embarazos, debe tomarse una píldora durante 21 días, después de los cuales se descansa durante un periodo de 7 días. Su eficacia es del 94 %.(29)

El uso de anticonceptivos orales puede aliviar los dolores menstruales, reducir el flujo menstrual y ofrecer cierta protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y endometrio y la endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero). Puede provocar efectos secundarios adversos, como sangrado intermenstrual, cefaleas, hipertensión, aumento de peso, cambios de humor, descenso del deseo sexual, enfermedades cardíacas, insuficiencias respiratorias, galactorrea e interacciones medicamentosas.(29).

Implantes Norplant:

“Son anticonceptivos de efecto temporal de liberación prolongada y de larga duración. Consisten en 6 cápsulas que contienen en su interior una progestina llamada Levonorgestrel. Las cápsulas permiten la liberación de la sustancia activa de forma sostenida y controlada durante un periodo de hasta 5 años de uso continuo.” (28).

Inyectables de Depo-Provera®

“Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales, progestágenos solos o combinados en base de depósito de liberación lenta y administración periódica que varía de 30 a 90 días.(28)

Los inyectables con progestágeno solo son muy eficaces y no requieren tomar diariamente una píldora ni prepararse en el momento

del coito. Las inyecciones deben aplicarse solo cada tres meses en el caso de Depo-Provera® o cada dos meses en el caso de Noristerat®. Se presenta en ampolla de 150 mlg\mn que contiene 150 de suspensión acuosa de acetato de medroxiprogesterona estéril".(28)

Post-Coital:

La píldora del día siguiente: llamada también del día después o píldora postcoital es un método anticonceptivo de emergencia similar a la píldora pero con mayor cantidad de hormonas. La mujer debe tomar la píldora de emergencia hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual sin protección y, normalmente, debe tomar otra 12 horas más tarde. Dependiendo de en qué momento del ciclo se encuentre la mujer, la píldora postcoital puede inhibir o retrasar la ovulación o impedir la implantación del huevo fecundado. (29)

"Puede recurrirse a varios regímenes de anticonceptivos orales combinados poco después del coito para prevenir el embarazo. No hay ninguna condición, excepto el embarazo, que excluya el uso de AOC como anticoncepción de emergencia. La anticoncepción post-coital no sustituye otros métodos de planificación familiar, pero puede ser crucial para prevenir el embarazo cuando la joven ha sido forzada o violada, ha practicado el coito sin usar anticonceptivos, se rompe el condón o el DIU sale de su lugar". (28)

B. Métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera son los que bloquean la entrada del espermatozoides en la cavidad uterina, mediante acciones físicas o químicas. El uso de alguno de estos métodos reduce el riesgo de un embarazo en por lo menos un 75%. (28)

Preservativos masculinos:

“Son un grupo de contraceptivos muy antiguo. El aumento de las enfermedades de transmisión sexual ha contribuido a su auge. Se recomienda su utilización habida cuenta de su inocuidad, alto grado de seguridad, reversibilidad, no necesidad de controles médicos y auto aplicación. Son los conocidos condones, hechos de látex usados en cada acto coital constituyen el mejor método anticonceptivo para la mayoría de los adultos jóvenes no casados porque tantos de ellos enfrentan un alto riesgo de contraer ETS. Los condones protegen contra las ETS y la enfermedad inflamatoria pélvica resultante si existe infección y contra el embarazo. Aun si los jóvenes usan otro método para prevenir el embarazo, también deberán usar condones para prevenir las ETS si ellos o la pareja han tenido otros compañeros sexuales. El preservativo es una funda de goma fina que recubre el pene y recoge el semen en el momento de la eyaculación, impidiendo así que alcance el cuello uterino. (28)

El condón es el más utilizado es un dispositivo de látex que crea una barrera entre el pene y la vagina e impide la fecundación. Reduce el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), hepatitis, gonorrea, herpes y SIDA. (29)

Se utiliza siempre; cada vez que tenga relaciones sexuales y desea evitar la gestación o contagio sexual. Se utiliza cuándo el pene esta erecto, antes de que tome contacto con los genitales femeninos. (29)

Desenvolver el condón cubriendo desde la punta, hacia la base del pene dejando un centímetro de espacio libre en la punta, donde se acumula el semen. No usar aceites ni vaselina porque daña el condón. Tiene una efectividad de 80% -90%. (29)

Ventajas: Sin riesgo, protege contra las ITS, Costo es barato. (29)

Desventajas: Se coloca antes del coito algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad cuando retira el pene de la vagina todavía erecto. (29)

Preservativos Femeninos:

“Se trata de una funda de poliuretano cerrada por un lado y con anillos flexibles en ambos extremos. Colocado correctamente cubre el cérvix, las paredes de la vagina y los labios. Tiene una tasa de fallos del 2,6 al 12,4% durante el primer año de uso. Aunque su utilización no requiere seguimiento, es fundamental que los profesionales

enseñen su correcta utilización. Además, deben potenciar su uso en mujeres con riesgo de ETS insistiendo en que, con este fin, puede simultanearse con otros métodos anticonceptivos: ACO, DIU, esterilización tubárica, etc.”

Espermicidas:

Se trata de sustancias químicas que actúan en la vagina por un doble mecanismo: bloqueando en el cérvix la llegada de espermatozoides y destruyendo la pared de los mismos. Actualmente los espermicidas comercializados contienen nonoxinol-9 como principal componente activo, en combinación con diferentes excipientes, y se presentan en forma de mini óvulos y cremas. (28)

Hoy día, ante la diversidad de métodos eficaces de anticoncepción (como son los contraceptivos orales y el DIU), los espermicidas han quedado relegados como un método alternativo ante determinadas situaciones, como mujeres que no desean o no toleran otros métodos, como complemento unos días en caso de olvido de la píldora y durante los primeros meses que siguen a una vasectomía. (28)

Nunca debe aconsejarse su uso de forma aislada, sino como refuerzo de otros métodos, excepto durante la peri menopausia en que pueden utilizarse solos. Si se utilizan aisladamente tienen una tasa de fallos de 10 a 30 por 100 años/mujer. La máxima eficacia se obtiene cuando se utiliza conjuntamente con un sistema mecánico. Carecen de

efectos tóxicos sistémicos y las reacciones alérgicas locales son raras. Además, existe evidencia suficiente para afirmar que, en caso de embarazo, carecen de teratogenicidad. Algunos autores sostienen que su uso continuo disminuiría el riesgo de neoplasia cervical. (28)

Espumas vaginales:

Productos químicos empacados bajo presión en una lata o botella con gas inerte, que al ser liberados producen una espuma espesa que se coloca en un aplicador hueco tipo jeringa y se introduce en la vagina. (29)

Todos los espermaticidas destruyen los espermatozoides al entrar en contacto con ellos. Sólo cuando los espermatozoides evaden los productos químicos y logran alcanzar la entrada de la matriz se puede producir un embarazo. (28)

Modo de Aplicación: Normalmente la espuma, la jalea o la crema espermaticida vienen con un aplicador que la mujer puede utilizar para colocar el producto en su vagina. Si no hay un aplicador se puede colocar directo del tubo o lata lo más profundamente posible. (28)

Del tubo se exprime directamente el espermaticida en el aplicador. Si viene de lata hay que sacudir la lata vigorosamente por lo menos 20 veces. Seguidamente se coloca la boca del aplicador en la boquilla de la lata manteniendo está en posición vertical. (28)

La mujer o su compañero pueden introducir el espermaticida en la posición que le sea más cómoda, acostada, en cuclillas o de pie. La mujer no debe levantarse y caminar, después de que el espermaticida ha sido introducido.

Debido a que estos métodos se vuelven ineficaces en el transcurso de una hora, la mujer debe intentar introducir o aplicar el producto aproximadamente 10 ó 15 minutos antes de efectuar el acto sexual.(28)

Las tabletas espumantes deben ser introducidas en la vagina aproximadamente de 5 a 10 minutos antes de efectuar el coito. La humedad de la vagina hace que las tabletas se disuelvan y produzcan espuma. Para utilizarlas, la mujer debe acostarse e introducir la tableta lo más adentro posible en la vagina cerca de la cervix (entrada de la matriz). Es necesario esperar aproximadamente 10 minutos para que la tableta espumante se disuelva completamente. (28)

Dispositivo Intrauterino (DIU):

Básicamente existen dos tipos de dispositivos intrauterinos: (28)

- DIU inertes: fueron los primeros en utilizarse, aunque actualmente han quedado prácticamente en desuso. Están constituidos únicamente por plástico.
- DIU activos: se pueden distinguir los DIU con cobre y los DIU liberadores de progestágenos. La introducción del metal en el DIU

supuso un incremento en su eficacia. Los DIU liberadores de progesterona, además, disminuyen la hipermenorrea frecuentemente observada en las usuarias de DIU inertes.

Los principales mecanismos de acción son dos: (28)

- Impedir o dificultar el ascenso de los espermatozoides en su trayecto intrauterino.
- Impedir o dificultar la implantación del blastocito.

La novedad en la introducción de los DIU de cobre es su acción anticonceptiva frente a la acción no implantativa de los DIU de plástico o inertes. Los principales efectos del cobre son los siguientes: (28)

- Provoca una endometritis aséptica, la cual va a dificultar el ascenso de los espermatozoides y la posible implantación del blastocito.
- Aumento de las prostaglandinas (PGE2 y PGF2), que van a dificultar el encuentro de los gametos al disminuir la motilidad del útero y las trompas.
- Aumento de enzimas proteolíticas, activadoras del plasminógeno, con lo que aumenta la actividad fibrinolítica a nivel endometrial.
- Modificación de las características del moco cervical.
- Acción citotóxica sobre los espermatozoides y el blastocito.

Los DIU liberadores de progesterona o levonorgestrel, además de lo descrito, producen una decidualización y atrofia del endometrio, y alteran el moco cervical, que adquiere las mismas características que durante la fase lútea del ciclo. Se puede concluir que no son abortivos. (28)

Antes de colocar el dispositivo intrauterino se debe realizar una exploración ginecológica para conocer la posición del útero y descartar la posibilidad de que exista alguna malformación uterina o miomas que dificulten la colocación. (28)

El momento más adecuado para la colocación del DIU va a ser durante la menstruación por diversas razones. Por un lado se evita el riesgo de que la mujer esté embarazada. Por otra parte el orificio cervical interno se encuentra más dilatado, resultando más fácil y menos molesta su implantación. Además, las pequeñas pérdidas hemáticas pos colocación pasan desapercibidas con la hemorragia menstrual. (28)

La posibilidad de embarazo depende de diversos factores como la edad de la usuaria, tipo de DIU, su carga de cobre y las circunstancias de su colocación. Actualmente los DIU de cobre son los que ofrecen una mayor eficacia anticonceptiva (1% de fallos durante el primer año de uso), y sobre todo aquéllos con mayor carga de metal (0,5%) (28)

Diafragma:

Se trata de un dispositivo de goma fina, semiesférico, provisto de un aro de metal flexible, cuya función consiste en impedir que el semen alcance el cuello uterino. Requiere para su uso de, al menos, una primera valoración médica, pues es preciso determinar su medida (desde 55 a 95 mm) en función de las características anatómicas de la mujer. (29)

El médico debe valorar mediante tacto vaginal, la distancia que va desde el pubis hasta el fondo de saco de Douglas. Para ello se introducen lo más profundamente posible los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, a la vez que se comprueba la competencia de los músculos del introito vaginal, pidiendo a la mujer que contraiga la vagina. Es recomendable disponer de un diafragma de prueba para que la mujer efectúe algún intento de colocación y extracción en la consulta, y así comprobar su correcto uso. Si en una visita efectuada a los tres meses el cumplimiento y la técnica son correctas, se pueden espaciar las siguientes visitas bianualmente. (28)

Es preciso volver a verificar el tamaño del diafragma en las siguientes situaciones: cuando se produzca un cambio de peso superior a 5 Kg., después de un parto o aborto de más de 8 semanas, cada 5 años en la mujer adulta y tras cirugía vaginal o uterina. Conviene facilitar las instrucciones para el uso correcto por

escrito, insistiendo en que el diafragma debe ser colocado inmediatamente antes del coito o un máximo de 2 h antes, debiendo permanecer colocado hasta pasadas 6 h de la relación sexual. (28)

Actualmente es uno de los métodos de elección en mujeres que presenten alguna contraindicación o intolerancia a la anticoncepción hormonal. Otras candidatas son las mujeres que mantienen relaciones sexuales esporádicas, fundamentalmente las menores de 18 años. (28)

Un aspecto también a tener en cuenta es la incertidumbre que puede generarse en la mujer si ésta duda sobre su correcta colocación. Por ello, no es un método aconsejable en parejas con problemas sexuales, para quienes el diafragma puede constituir una dificultad añadida. (28)

Su eficacia depende de la correcta colocación, de la constancia en el método y de si se utiliza un espermicida de forma asociada. Por todo ello las estadísticas difieren, de modo que en conjunto, el índice de embarazos se sitúa alrededor de 10-20 embarazos por 100 mujeres/año; en cambio en mujeres altamente motivadas, la tasa de fallos oscila entre el 2,5 al 3,5%. (28)

A pesar de ser un método en general bien aceptado por su inocuidad, pueden aparecer efectos adversos como alergia a alguno de sus componentes (látex), molestias vaginales por la

presión del anillo, infecciones urinarias de repetición (debido a la presión sobre las vías urinarias inferiores), infecciones vaginales (en caso de permanecer más de 24 h sin ser retirado), o problemas psicológicos (derivados de sus condiciones especiales de colocación y de la necesidad de mantenerse durante varias horas después del coito). (28)

C. Métodos Naturales:

Este grupo de métodos anticonceptivos se conoce también como tradicionales o folklóricos, son aquellos donde no intervienen ningún tipo de sustancias químicas, son los más conocidos, y son muy utilizados, aunque no significa que sean los más efectivos. (28)

Según la OPS, son los métodos en que no se utiliza ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no "peligrosos", los días en que no existe ningún riesgo de embarazarse. Para que este método sea más o menos seguro se deben conocer los días "peligrosos", para lo cual existen diversas formas. Los métodos se basan en lo siguiente: un óvulo vive durante un lapso de 24 - 48 horas. Solamente durante este periodo el óvulo puede ser fecundado por los espermatozoides.

Los espermatozoides viven un periodo de aproximadamente 48 a 72 horas después que han sido liberados en la vagina. Solamente en este periodo los espermatozoides pueden fecundar el óvulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días "peligrosos" o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación. (29)

Según MINSA, Es la abstinencia periódica, consiste en no tener relaciones sexuales los días cercano a la ovulación en los días fértiles. (29)

Método del ritmo o regla; Es la abstinencia de contacto sexual los días fértiles, es aconsejable en mujeres que tienen menstruación regular. (29)

Abstinencia:

Se basan en determinar, en cada caso individual, el período de posible fertilidad evitando el coito en dichos períodos. El éxito del método se basará, por tanto, en un perfecto conocimiento del ciclo reproductor. Como ventajas de los métodos naturales destaca que son inocuos, no requieren supervisión médica una vez que se conocen correctamente y no tienen objeciones religiosas ni morales. Dentro de los inconvenientes hay que remarcar el alto porcentaje de fallos (un 20% de embarazos) si no se utilizan correctamente, además de que requieren una abstinencia periódica durante la fase fértil, (28)

Coitus Interruptus:

Consiste en evitar la eyaculación dentro de la vagina. Posiblemente ha sido el método más utilizado históricamente aunque su eficacia es baja, con tasas de embarazo que oscilan entre el 15-25%. Debe desaconsejarse si el varón tiene eyaculación precoz o dificultad para su control. Además, no ofrece protección frente a las ETS. (28)

Método del Ritmo:

A partir de la observación de los ciclos previos (un mínimo de 12) se pretende estimar los probables días fértiles. El cálculo se realiza de la siguiente manera: (28)

- Al ciclo más corto de los 12 anteriores se le resta 19 días, obteniendo el número de días infértiles antes de la ovulación.
- Al ciclo más largo se le resta 10 días, obteniendo el primer día infértil después de la ovulación.

Aunque se respeten los períodos de abstinencia, el porcentaje de fallos de este método se sitúa alrededor del 14%.”

Observación del moco cervical o método Billings:

Se basa en el aprendizaje de las características del moco cervical durante las fases del ciclo para determinar los probables días fértiles. Este aprendizaje requiere de la observación de tres a seis ciclos. Las características que hay que considerar son: consistencia (pegajosa,

viscosa, resbaladiza, elástica) color (opaco, lechoso, turbio, transparente, amarillento) y sensación (sequedad, humedad, lubricación). (28)

Temperatura basal:

La detección de la ovulación se realiza mediante el registro de la temperatura basal, pues la progesterona induce en la segunda mitad del ciclo un aumento de la temperatura de unos 0,5 °C. La ovulación se produce inmediatamente antes, o al mismo tiempo que se eleva el nivel de temperatura. En función de esto se pueden mantener relaciones sexuales a partir del tercer día del ascenso térmico. Aplicado correctamente la tasa de embarazos es del 1 al 4%, aunque para algunos autores llegaría al 6-9%. Un inconveniente consiste en la dificultad de interpretación de algunas gráficas de temperatura. Además, no es aplicable a mujeres que trabajan de noche ni en casos de ambulancia, amenorrea o fiebre. (29)

Sintotérmico:

Se basa en la determinación de la ovulación a partir de la información obtenida mediante la combinación de síntomas de ovulación (cambios en el moco cervical, dolor hipogástrico, hinchazón abdominal y mamaria) y de la temperatura basal. (29)

D. Métodos de Esterilización.

En la mujer hablaremos de esterilización tubárica y en el varón, de vasectomía. No obstante recientemente se ha producido un interés creciente por el desarrollo de técnicas quirúrgicas que permiten la consecución de una anticoncepción no definitiva, es decir, que en un momento determinado se pueda convertir en reversible. (28)

Esterilización femenina:

Si la decisión de la mujer sobre la adopción de un método contraceptivo debe ser siempre fruto de una meditación sobre las ventajas e inconvenientes, este aspecto cobra especial relevancia en el caso de la esterilización tubárica. (28)

La incorporación de técnicas laparoscopias ha proporcionado una mayor seguridad para la paciente, lo que ha contribuido a que este método se esté convirtiendo en una de las alternativas más frecuentemente adoptadas en el período final de la vida reproductiva. La técnica consiste en la interrupción de la luz tubárica a través de diferentes vías de abordaje. La laparoscopia constituye hoy día la técnica de elección. En ella pueden distinguirse tres etapas: creación de neumoperitoneo, visualización del aparato genital mediante un sistema óptico de luz fría y aplicación de técnicas quirúrgicas bien sea por el canal de trabajo del sistema óptico o a través de una segunda punción. (28)

No existen técnicas de esterilización tubárica con una eficacia del 100%. Puede haber fallos en la ejecución de la técnica e incluso, en ausencia de éstos, se han descrito recanalizaciones espontáneas. La mayoría de los problemas derivados de la esterilización tubárica ocurren en el momento de su realización y generalmente se deben a complicaciones en la anestesia o a lesiones vasculares. Entre los efectos no deseables a largo plazo cabe destacar la frecuencia con que aparecen embarazos ectópicos. Un 33% de los embarazos que se producen tras el fracaso de este método corresponden a embarazos ectópicos. Aunque en la mayoría de los casos la sexualidad de las parejas suele mejorar, alrededor de un 15% de las mujeres sometidas a esta intervención solicita una recanalización y otro 10% se arrepiente de su decisión. Reversibilidad la aparición de la microcirugía ha revolucionado este concepto. Cuando por la edad de la paciente o por su situación socio familiar se sospeche una futura petición de reversión es aconsejable la utilización de la técnica de los clips

Indicaciones. (28)

La esterilización tubárica es el método contraceptivo de elección en aquellas mujeres que, debidamente informadas, han completado su deseo reproductivo y tienen en una situación socio familiar estable y una edad que hará difícil la reconsideración de su situación. También es de elección en aquellos casos en los que exista una patología que contraindique la gestación de forma definitiva. (28)

Vasectomía:

Resulta sorprendente la escasez de métodos anticonceptivos masculinos existentes, probablemente debido a razones socioculturales (la capacidad reproductiva continúa estando ligada a la virilidad), religiosas, y por la dificultad en frenar la producción de millones de gametos que se originan diariamente en el varón frente a la aparente facilidad para frenar la ovulación de un óvulo mensual en la mujer. A pesar de todo ello, cada día es más frecuente encontrar parejas que solicitan un método definitivo de esterilización masculina. Una de las causas responsables de este avance podría ser el cambio en la actitud del varón en nuestra sociedad, que ha pasado a asumir la anticoncepción como un aspecto más a compartir con su pareja. (28)

La vasectomía realmente es un método de barrera. Consiste en una técnica quirúrgica que permite en 15 a 30 min., con anestesia local y de forma ambulatoria, efectuar la sección de los conductos deferentes por vía escrotal. (28)

Existen diferentes variaciones técnicas e instrumentales, pero no difieren en los aspectos básicos. No constituye un método anticonceptivo de efectos inmediatos, pues sus resultados deben valorarse a los 2 meses por término medio, o transcurridas 20 eyaculaciones después de la intervención. (28)

Eficacia. Los fallos suelen ser consecuencia de problemas técnicos, reanastomosis espontánea de los conductos deferentes o, más raramente, por anomalías anatómicas.

Seguridad. Las posibles complicaciones son leves y de tipo local: epididimitis, hematomas, abscesos, funiculitis y en algunos casos orquiepididimitis. La emisión de semen permanece invariable pero con un volumen ligeramente inferior al anterior y de una menor consistencia.

La sencillez de la vasectomía ha llevado a que actualmente sea un método anticonceptivo definitivo de amplia difusión entre los varones que consideran cumplidos sus deseos de paternidad. (28)

ADOLESCENCIA:

Según MINSA, Son todas las personas entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sean o no saludable en el presente y en el futuro. La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. (29)

Según la OPS, la adolescencia es una etapa del ciclo vital que se inicia aproximadamente a los 11 años y se prolonga hasta los 21, en la que suceden importantes transformaciones y descubrimientos que permitirán el paso a la edad adulta, Muchos autores "consideran la adolescencia como un periodo de gran turbulencia y estrés, y aunque algunas investigaciones posteriores indican que el grado de conflictividad adolescente y paternal se ha exagerado mucho, subsiste un consenso general en el sentido de que la adolescencia es una época de cambios físicos y psicológicos, una etapa difícil en el camino hacia la madurez. Los cambios físicos, emocionales y del comportamiento que experimentan los

adolescentes" tienen un impacto importante en el grupo familiar y a su vez se ven influidos por él. La relación padres-hijo ejerce gran influencia en el "desarrollo de la independencia, especialmente la posición de los padres en una actitud de cariño y atención en vez de hostilidad y rechazo. Algunas investigaciones han demostrado que sin manifestaciones claras de amor paterno, los niños y "adolescentes" tienen pocas posibilidades de desarrollar la autoestima, las relaciones constructivas y la confianza en su propia identidad. Estas cualidades se fomentan mejor cuando los padres muestran respeto por sus hijos, les hacen participar en asuntos familiares y alientan el desarrollo de la independencia apropiada a su edad, pero guardan para sí la responsabilidad final. Para los padres, en general, resulta complicado aceptar los cambios que experimentan sus hijos en la adolescencia, y encontrar el equilibrio que permita al adolescente desarrollarse normalmente, por lo que en muchas ocasiones necesita asesoramiento para satisfacer las necesidades físicas y emocionales específicas de los adolescentes. Así pues, los padres además de ser el agente socializante predominante para los hijos, ejercen una influencia fundamental en los hábitos de salud a través de tres formas: (29)

- Modelo de hábitos saludables (la más importante).
- Ideas sobre la salud y claridad con que son expresadas.

- Esfuerzo en preparar activamente a los adolescentes para el cuidado de su salud.

Etapas de la adolescencia;

1. En la etapa de la adolescencia (11-13 años), se inician los cambios físicos y psicológicos que culminarán al final de la adolescencia:

- Aceleración rápida del crecimiento físico.
- Cambios en las dimensiones corporales.
- Desarrollo sexual.
- Mayor crecimiento y desarrollo de la habilidad cognoscitiva.

2. En la segunda etapa de la adolescencia (14-17 años) continúan incrementándose las habilidades para la abstracción y el razonamiento, que se habían iniciado en la primera etapa, desarrollándose un nuevo sentido de la individualidad que se caracteriza por:

- Ampliación del ámbito social y comunicación de los sentimientos.
- Inicio de las relaciones sexuales.
- Aumento de la capacidad intelectual y de la creatividad.
- Reconocimiento de las capacidades y limitaciones, lo que puede disminuir la autoestima del adolescente y conducirlo a la depresión, Sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, que facilitan comportamientos arriesgados como el consumo de

alcohol y tabaco, inicio en la drogadicción, conductas sexuales de riesgo, etc., lo que tiene consecuencias nefastas para la salud (enfermedades de transmisión sexual, "embarazos no deseados, accidentes, etc.).

3. En la última etapa o adolescencia tardía (18-21 años) comienza la aceptación de uno mismo y la integración en el mundo, que poco a poco deja de ser percibido como un enemigo, culminando con el paso a la edad adulta; entre las características de esta etapa se incluyen:

- Búsqueda de autosuficiencia económica.
- Deseo de relaciones afectivas estables.
- Independencia emocional y aceptación realista de los padres.
- Establecimiento de la propia identidad, adaptada a las normas sociales.
- Los conflictos padres-adolescentes aumentan en el comienzo de la adolescencia (11-13 años), se mantienen en la etapa media (14-17 años) y disminuyen en la última etapa (18-21 años). Los conflictos más frecuentes suelen estar relacionados con temas cotidianos, como los quehaceres, horas de llegada a casa y otros indicadores de derechos y responsabilidades. Una cantidad limitada de conflictos suele ser incluso saludable para la madurez personal pues permiten desarrollar la confianza en sí mismo, los propios valores, la autodisciplina, etc.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población, esta variable ha venido descendiendo sistemáticamente en el Perú, pero su nivel es todavía elevado en vastas zonas del país, en donde las condiciones de vida son más precarias (12).

La Morbi-mortalidad en mujeres jóvenes, está asociado a la conducta reproductiva (embarazo no deseado, aborto y complicaciones del embarazo, parto y puerperio). (10)

Las estadísticas de servicios de egresos hospitalarios (morbilidad hospitalaria) muestra para el grupo de 15 a 20 años: a) Causa Obstétrica directa b) Aborto c) Accidentes y violencias como las tres primeras causas de morbilidad si se excluye el parto como causa de enfermedad, el aborto ocupa el 1er. lugar como causa de morbilidad en este grupo. (13)

En la última Encuesta Nacional de Hogares 2009 del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (3) informa: en el 2004-2006 se registraba el 12,4% de adolescentes ya estaba alguna vez embarazada, mientras que en el 2009 el 13,4% ya lo está; situación que debe ser atendida por el Estado Peruano.

Nosotros saludamos la reducción de la mortalidad materna en el país, según nos lo informa el INEI (3). Sin embargo, seguimos poniendo nuestra atención en la necesidad de prevenir el embarazo adolescente no deseado. Pues el porcentaje de adolescentes embarazadas no ha reducido, al contrario. A nivel nacional el porcentaje aumentó y en las zonas rurales la reducción es mínima, por lo que se requiere implementar la Educación Sexual Integral en los colegios y el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. (4)

En las Instituciones Educativas Secundarias los profesores es importante que brinden información y orientación en las aulas sobre los métodos anticonceptivos, uso, ventajas y desventajas principalmente a las adolescentes de los grupos 14 – 17 años el cual es un grupo en riesgo a iniciar su actividad sexual a temprana edad, lo que permitirá generar buenas actitudes y prácticas de los mismos, llevando de esta manera una sexualidad saludable y responsable. (4)

Es importante para el profesional de obstetricia difundir la salud preventiva promocional las cuales deberían coordinar con los centros educativos para brindar información sobre la planificación familiar poniendo énfasis en el uso, de los métodos anticonceptivos, principalmente a los grupos etarios de mayor riesgo. (4)

El conocimiento, actitudes y práctica sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes merece especial atención sobre todo a nivel de las ciudades donde, generalmente los embarazos son no deseados y terminan en abortos practicados por empíricos en condiciones sanitarias inadecuadas o en el abandono de la mujer o del hijo configurando así el problema social de la madre soltera, contrariamente, en las áreas rurales y en algunos grupos sociales, los embarazos a muy temprana edad aún forman parte de los patrones culturales existentes.

Dado que en la Institución Educativa Secundaria Wilfredo Zegarra Zandoval Jepelacio en el último año se han registrado 5 embarazos adolescentes no deseados más tres abortos encontrados en el baño (11), estas cifras son alarmantes las cuales merecen especial importancia, poniendo en cuestionamiento las acciones que se realizan para bríndales conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, así como las malas actitudes o malas prácticas del uso de los mismo.

Está demostrado que las personas a mayor conocimiento tienen mayor facilidad para elegir y tomar decisiones seguras y acertadas, por lo tanto la realización del presente estudio pondrá a la luz la verdadera situación sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes de este importante colegio, el cual permitirá tanto al colegio como al establecimiento de salud de su jurisdicción,

reformular las estrategias de trabajo relacionados a la prevención de los embarazos no deseados con toda sus implicancias, siendo una importante contribución para abordar un problema tipificado como de salud pública, en esta localidad las adolescentes teniendo conocimientos van a buscar una vida saludable, poniendo énfasis en su salud sexual y reproductiva, evitando el embarazo adolescentes no deseado.

1.4. PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio. Mayo – Octubre 2012?.

II. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVOS GENERAL:

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio. Mayo – Octubre 2012.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria sobre los métodos anticonceptivos.
2. Identificar la actitud de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria sobre los métodos anticonceptivos.
3. Determinar la incidencia del uso de los métodos anticonceptivos.

III. HIPOTESIS, VARIABLES.

3.1. HIPOTESIS.

Existe un bajo nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio.

3.2. VARIABLES.

Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos.

IV.

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria.	Es la forma de adquirir conocimiento mediante el aprendizaje u entendimiento de una determinada materia. El procesamiento de información se da desde etapas tempranas de la vida, de modo que las personas reciben, utilizan y almacenan la información.	Es el margen de conocimientos en que se encuentran las adolescentes en cuanto a los métodos anticonceptivos como son:	<p>Métodos hormonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orales. • Inyectables. • Implantes Norplant • Post- Coital <p>Métodos de barrera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preservativos Masculinos. • Preservativos Femeninos. • Espermicidas. • Espumas vaginales. • Dispositivo Intrauterino (DIU) • Diafragma. <p>Métodos naturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia. • Coitus Interruptus. • Método del Ritmo. • Observación del moco cervical. • Temperatura basal. • Sintotérmico <p>Métodos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización femenina (AQV) • Vasectomía. 	<p>Nivel de conocimiento Alto = 15-20 pts.</p> <p>Nivel de conocimiento Medio = 11-14 pts.</p> <p>Nivel de conocimiento Bajo= 0-10 pts.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Actitudes de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria sobre los métodos anticonceptivos.	Es la manera de comportarse u obrar una persona ante cierto hecho o situación.	Predisposición de aceptación, rechazo o indiferencia que manifiestan los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación • Rechazo • Indiferencia 	<p>De 23 – 30 pts. en la escala de medición tipo Likert</p> <p>De 0 - 15 pts. en la escala de medición tipo Likert</p> <p>De 16 – 22 pts. en la escala de medición tipo Likert</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Practica de los estudiantes del 4to y 5to de secundaria sobre los métodos anticonceptivos	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Son las acciones que realizan los adolescentes en relación con la metodología anticonceptiva.	<p>Métodos hormonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orales. • Inyectables. • Implantes Norplant • Post- Coital <p>Métodos de barrera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preservativos Masculinos. • Preservativos Femeninos. • Espermicidas. • Espumas vaginales. • Dispositivo Intrauterino (DIU) • Diafragma. <p>Métodos naturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia. • Coitus Interruptus. • Método del Ritmo. • Observación del moco cervical. • Temperatura basal. • Sintotérmico <p>Métodos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esterilización femenina (AQV) • Vasectomía. 	<p>Buena = De 23 – 30 pts. en la escala de medición tipo Likert</p> <p>Acceptable = De 16 – 22 pts. en la escala de medición tipo Likert</p> <p>Mala = De 0 - 15 pts. en la escala de medición tipo Likert</p>

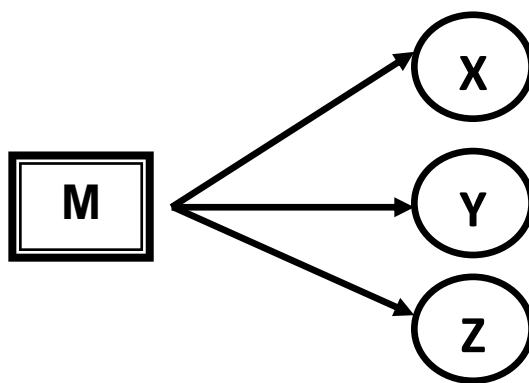
IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Estudio descriptivo simple, transversal, con recolección prospectiva de los datos.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se utilizó el diseño descriptivo simple.



Dónde:

- M** : Estudiantes del 4º y 5º grado de secundaria de la institución educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio.
- X** : Nivel de conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio.
- Y** : Actitudes sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio.
- Z** : Prácticas de los métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio.

4.3. POBLACION Y MUESTRA.

– **Universo:**

Estuvo constituida por todos los alumnos del Nivel Secundario de la Institución Educativa. “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio.

– **Población:**

Constituida 94 alumnos (100%) del 4º y 5º de secundaria de la Institución Educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio.

– **Muestra:**

En el presente proyecto de investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en la que se tomó a 94 alumnos (100% de la población accesible conocida) del 4º y 5º de secundaria de la Institución Educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSIÓN.

Criterios de inclusión:

- Los adolescentes matriculados de los grados de 4º y 5º de Secundaria en año 2012.
- Que deseen participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Los adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- Los estudiantes que no estén en el rango de edad tipificado como adolescente

4.5. PROCEDIMIENTO:

1. Para la presente investigación nos entrevistamos con el Director de la Institución Educativa Secundaria Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio para explicarle el desarrollo del presente trabajo de investigación y pedir su respectiva autorización.
2. Identificación de los grados y las edades de los adolescentes que participaron en la investigación.
3. Coordinación con el director y docentes de aula de la Institución Educativa “Wilfredo Zegarra Sandoval” Jepelacio”, para la aplicación de las encuestas.
4. Presentación de las Bachilleres en Obstetricia hacia los alumnos de 4t° Y 5t° de secundaria; quienes luego procedieron a aplicar el instrumento de recolección de datos.
5. Se realizado las pruebas estadísticas para el análisis de datos correspondientes.

6. Luego se procedió a realizar el análisis y presentación de datos en programa Excel y SPSS 17; así como la verificación de los datos en Programas estadísticos SPSS 17.
7. Finalmente se realizó la presentación de los resultados encontrados y conclusiones.

4.6. METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se empleó la encuesta, para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos. Que Constó de la siguiente estructura: introducción, datos generales, preguntas de conocimiento, preguntas de actitudes, preguntas de prácticas.

La validez del instrumento se efectuó a través del juicio de expertos: una obstetra y un médico todos ellos trabajadores del centro de salud de jepelacio.

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 6 estudiantes.

4.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la escala tipo Lickert pues permitió obtener información acerca de las actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos, y se aplicó un cuestionario de 20 preguntas obteniendo información sobre los conocimientos de los alumnos

acerca de los métodos anticonceptivos el mismo que tuvo los siguientes aspectos: introducción, datos generales preguntas dándole “1” a cada respuesta correcta y “0” a cada respuesta incorrecta sumando el puntaje de cada alumno evaluado ubicándole de acuerdo al total de su puntaje:

Nivel de conocimiento	Puntaje
Alto	15 – 20 pts.
Medio	11-14 pts.
Bajo	0-10 pts.

La Escala tipo Lickert constó: Actitudes, de 10 preguntas de tres puntos con un rango de puntaje de 0 – 30 pts. Aceptación: de 23 – 30 pts., Indiferencia de 16 – 22 pts. Rechazo: de 0 - 15 pts.

Prácticas, de 10 preguntas de tres puntos con un rango de puntaje de 0 – 30 pts. Buenas: de 23 – 30 pts., Aceptables: de 16 – 22 pts. Malas: de 0 - 15 pts.

4.8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron procesados electrónicamente y presentados en cuadros con sus respectivos gráficos.

A.-ANÁLISIS DESCRIPTIVO.- Se utilizó cuadros y gráficos para describir porcentualmente los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de los métodos anticonceptivos.

B.-ANÁLISIS INFERENCIAL.- Se empleó el método estadístico inferencial, haciendo uso de la prueba chi-cuadrado.

4.9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

El trabajo se abordó a través de la recopilación de datos por medio de encuestas en el cual analizamos los resultados de las variables que fueron utilizadas:

- El nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos es una variable cualitativa y fue medida por la escala ordinal y para su representación se utilizó cuadros.
- Las actitudes de los estudiantes es una variable cualitativa y fue medida por la escala ordinal y para su representación se utilizó cuadros.
- La práctica de métodos anticonceptivos cualitativa y fue medida por la escala ordinal y para su representación se utilizó gráficas.

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Microsoft Excell 2010 y SPSS VERSIÓN 17,0, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y cuadros.

V. RESULTADOS.

CUADRO N° 01

RECIBIERON INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIOQUE.

RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE M.A.C.				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	13	13,8	13,8	13,8
SI	81	86,2	86,2	100,0
Total	94	100,0	100,0	

En el cuadro N° 01 se observa que de los estudiantes 4to y 5to de secundaria del de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 86.2% (81 estudiantes), han recibido información sobre los métodos anticonceptivos.

CUADRO N° 02

EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIO.

EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14,00	2	2,1	2,1	2,1
15,00	34	36,2	36,2	38,3
16,00	35	37,2	37,2	75,5
17,00	19	20,2	20,2	95,7
18,00	3	3,2	3,2	98,9
19,00	1	1,1	1,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

En el cuadro N° 02 se observa que según las edades de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 93.6% están dentro de los 15 y 17 años de edad.

CUADRO N° 03

SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA
ENCUESTADOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA
SANDOVAL JEPELACIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	29	30,9	30,9	30,9
Femenino	65	69,1	69,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

En el cuadro N° 03 se observa que los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 69.1 % (65/94) son de sexo femenino.

CUADRO N° 04

PROCEDENCIA DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA ENCUESTADOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIO

Lugar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Costa	2	2,1	2,1	2,1
Sierra	4	4,3	4,3	6,4
Selva	88	93,6	93,6	100,0
Total	94	100,0	100,0	

En el cuadro N° 04 se observa que los estudiantes de la Institucion Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio proceden de la selva con un 93.6%, es decir la mayoria son naturales.

CUADRO N° 05

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA DE LA INSTIUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIO.

CLASIFICACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo (0 – 10 pts.)	36	38,3	38,3
Medio (11-14 pts.)	32	34,0	72,3
Alto (15 – 20 pts.)	26	27,7	100,0
Total	94	100,0	

En el cuadro N° 05 se observa de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio en relación a los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos el 61.7% (58/94) tiene conocimientos entre medio y alto; y el 38.3% (36/94) tienen conocimiento bajo sobre los métodos anticonceptivos.

CUADRO N° 6

RESULTADO DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LOS
LOSESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA ENCUESTADOS
DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL
JEPELACIO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

CLASIFICACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aceptación	79	84,0	84,0
Indiferencia	00	00	84.0
Rechazo	15	16,0	100,0
Total	94	100,0	

En el cuadro N° 06 se observa que de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 84% (79/94) tienen una actitud de aceptación de los métodos anticonceptivos y solo el 16% una actitud de rechazo.

CUADRO N° 07

RESULTADO DE LA EVALUACION DE PRACTICAS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA ENCUESTADOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIO

CLASIFICACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buenas	56	59,6	59,6
Aceptables	35	37,2	96,8
Malas	3	3,2	100,0
Total	94	100,0	

En el cuadro N° 07 se observa que de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 96.8% (91/96) tiene unas prácticas de los métodos anticonceptivos entre buenas y aceptables.

CUADRO N° 08

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA ENCUESTADOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA WILFREDO ZEGARRA SANDOVAL JEPELACIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	15	16,0	16,0	16,0
NO	79	84,0	84,0	100,0
Total	94	100,0	100,0	

En el cuadro N° 08 se observa que los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio el 16% utiliza métodos anticonceptivos.

VI. DISCUSION.

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval del Distrito de Jepelacio provincia de Moyobamba departamento de San Martín contando una población de 94 estudiantes adolescentes, identificando los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes sobre los métodos anticonceptivos.

En el CUADRO N° 01: Podemos observar que 13 (13.8%) estudiantes adolescentes niegan haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos y 81 (86.2 %) estudiantes adolescentes han recibido información sobre los métodos anticonceptivos. Según el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI) en el Censo 2009 Encuesta Nacional de Hogares, los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos. (3) Comparando nuestros resultados podemos afirmar que existe un gran porcentaje de estudiantes adolescentes que han recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos, por lo tanto no carecen de información sobre el mismo.

En conclusión los resultados obtenidos en la investigación difieren con los resultados del INEI, estos resultados obtenidos puede deberse a

que las instituciones educativas tanto como la comunidad han tomado conciencia de la problemática que se vive con los embarazos adolescentes no deseados y han venido brindando información básica y necesaria sobre los métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos adolescentes no deseados.

En el CUADRO N° 03: Tenemos que 29 estudiantes (30.85%) son de sexo masculino y 65 (69.15 %) son de sexo femenino. Entonces podemos afirmar que existe un gran porcentaje de estudiantes adolescentes del sexo femenino, por lo que hay que reforzar los conocimientos obtenidos de los métodos anticonceptivos para evitar embarazos adolescentes no deseados, abortos clandestinos y posteriores muertes maternas, ya que según Scarpa, Verónica (7) En América Latina el 71% de las adolescentes de 15 - 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, debido a ello el 52% es el promedio de embarazos no deseados, y el 53% han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años.

En el CUADRO N° 05: Se observa que 36 (38.3 %) estudiantes tienen un conocimiento bajo o malo, 32 (34.0 %) estudiantes tienen un conocimiento medio o regular y 26 (27.7%) estudiantes tienen un conocimiento alto o bueno sobre los métodos anticonceptivos entonces decimos que los conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio sobre los métodos

anticonceptivos esta entre medio y alto ya que representan un 61.7%. Por otro lado ALBORNOZ TAFUR (31), InésMaruja en su estudio “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006” Cuyo resultado respecto a los conocimientos hacia los Métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de Enfermería concluye que 13 (21.7 %) tienen un conocimiento bajo, 33 (55 %) tienen un conocimiento medio, 14 (23.3 %) tienen un conocimiento alto, podemos decir que los resultados varían ya que la población de estudio son estudiantes universitarios de la carrera de enfermería quienes ya tienen un conocimiento más amplio del tema por el mismo hecho de estudiar una carrera de ciencias de la salud, en tanto que los estudiantes de la IE. Wilfredo Zegarra Sandoval son de nivel secundario y han recibido información básica sobre los métodos anticonceptivos.

En el CUADRO N° 06: Se observa que el 84% tiene una actitud de aceptación o buena actitud sobre los métodos anticonceptivos, el 16 % tiene una actitud de rechazo y un 0% de indiferencia. Comparando con el estudio de ALBORNOZ TAFUR (31), Inés Maruja en su estudio “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006”, Cuyo resultado respecto a la actitud de los estudiantes de enfermería fue: el 43.3 % tiene una buena actitud o

acepta a los métodos anticonceptivos, el 25% rechaza los métodos anticonceptivos y 31.7% se muestra indiferente frente a los métodos anticonceptivos, podemos decir que los resultados obtenidos son similares ya que existe un gran porcentaje en los dos estudios con una actitud buena o aceptable sobre los métodos anticonceptivos.

En el CUADRO N° 07: observamos que en un 59.6% de los estudiantes tienen buenas prácticas, un 37.2 % tiene prácticas aceptables y un 3.2% tiene malas prácticas de los métodos anticonceptivos. Se concluye que a pesar de no existir un buen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos los estudiantes tienen una buena práctica o prácticas aceptables de los mismos pudiendo tomar decisiones un poco más acertadas.

En el CUADRO N° 08: Se puede observar que el 16% equivalente a 15 estudiantes utilizan métodos anticonceptivos y el 84% refiere no haber iniciado las relaciones sexuales, del 16% del total de la muestra que manifestaron que utilizan métodos anticonceptivos el 78.57% utiliza preservativo y el 21.43% no refiere. Concluyendo que el preservativo es el método más común y el que más utilizan los estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio. Sin embargo SALAZAR(14), en su estudio; Conductas y actitudes de estudiantes adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos, afirma que un elevado porcentaje señala al condón y

la píldora como los anticonceptivos más conocidos (varones 92% y mujeres 88%) considerando que el condón es el más usado por los jóvenes por ser "seguro". Afirmando nuestro resultado obtenido.

VII. CONCLUSIONES.

1. El nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos de los estudiantes de la Institución Educativa Wilfredo Zegarra Sandoval Jepelacio está entre medio y alto es decir con un conocimiento regular ya que representan un 61.7%
2. La actitud de los estudiantes de la I.E. Wilfredo Zegarra Sandoval es buena porque el 84% (79 estudiantes) tiene una actitud de aceptación o buena actitud sobre los métodos anticonceptivos.
3. Las prácticas de los estudiantes de la I.E. Wilfredo Zegarra Sandoval en relación a los métodos anticonceptivos fluctúa entre bueno y aceptable; ya que el 59.6% (56 estudiantes) tienen buenas prácticas, un 37.2% (35 estudiantes) tiene prácticas aceptables.
4. Se determinó que el 84% de adolescentes (79 estudiantes) refiere no haber iniciado las relaciones sexuales y el 16% de adolescentes (15 estudiantes) ya han iniciado sus relaciones sexuales y utilizan algún método anticonceptivo.
5. El 78.57% de adolescentes que han iniciado sus relaciones sexuales utilizó preservativo como método anticonceptivo.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Rreplantear el curso de persona y familia con un programa de planificación familiar en la Institución Educativa., dando de esta forma una orientación adecuada de acuerdo a las necesidades, ampliando los conocimientos se disminuirá los embarazos adolescentes y abortos en la Institución Educativa.
2. Que los profesionales de las instituciones trabajen de manera coordinada como lo han estado haciendo en la Institución Educativa. a fin de aunar esfuerzos y aprovechar los recursos para hacer llegar un mensaje compacto, creando estrategias efectivas para la atención de las interrogantes de los adolescentes de la Institución Educativa.
3. Replantear los problemas por el cual existe embarazos adolescentes no deseados ya que por los resultados obtenidos el conocimiento, las prácticas y las actitudes de los adolescentes no constituyen un problema ya que son buenas.
4. Implementar un programa de educación sexual para los estudiantes de nivel secundario.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. MINISTERIO DE SALUD, "Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva "Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350 págs.]
2. MINISTERIO DE SALUD: "Plan nacional para la atención integral de la población de 5 a 19 años". Lima setiembre 1991.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI) Censo 2009 Encuesta Nacional De Hogares, Lima 13 de abril 2010
4. IMPARES, (Sede Web). Planificación familiar, métodos; 2002 (modificada por última vez el 10 jun 2012); acceso 10 jun 2012). Disponible en: <http://www.inppares.org/metodos>.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: (INEI) "Proyección de la población del Perú 1995-2005". Boletín de análisis demográfico N° 34 Lima abril 1995.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: (INEI), "Asociación Benéfica PRISMA, Macro internacional, encuesta demográfica y de salud familiar" 1991-1992. Lima setiembre 1992.
7. SCARPA, Verónica. Programa de Salud del Adolescente – 2001.
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011, Lima Mayo 2012.
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (INEI) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010, Lima Mayo 2010.

10. DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD ALTO MAYO, oficina de estadística.
11. INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA WILFREDO ZEGARRA ZANDOVAL Jepelacio, oficina de secretaria de la dirección.
12. SILVERT T., MUNIST, MADDALENO M., SUÁREZ E. (Col). Manual de medicina de la adolescencia" Washington EUA, Organización Panamericana de la Salud, 1992, p.p 505-506.
13. HOSPITAL II_1 MOYOBAMBA, oficina de estadística e informática.
14. GONZÁLEZ, Juan C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar Revista de Salud Pública, Vol. 11, Núm. 1, febrero, 2009, pp. 14-26 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia
15. SALAZAR; Conductas y actitudes de estudiantes adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos: en alumnos de 5to de secundaria de los distritos de Los Olivos y San Martín de Porras en Lima. 2001.
16. SAAVEDRA; "nivel de conocimiento y actitudes que tienen las adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos según el estrato social en el Hospital del ministerio de Salud 2001".
17. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Conocimientos, Actitudes Y Prácticas En Planificación Familiar Y Sexualidad En Escolares De Tercero, Cuarto Y Quinto De Secundaria En Colegios De TintayaMarquiri Y Campamento BhpTintaya 2001

Autor: María Isabel Chávez Gonzales.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2002_n20/conoci_acti_prac
ti.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2002_n20/conoci_acti_prac
ti.htm)

18. BAHAMONDE, "Relación entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos con vida sexual activa del Centro Educativo Nacional "Antenor Orrego Espinoza en el Distrito San Juan de Lurigancho - 2004".
19. SALAZAR BONDY, Augusto, La Filosofía en el Perú; panorama histórico 2a. ed, Lima: Universo, [1967] 1925-1974, 129 p.
20. BUNGE, Mario "La ciencia, su método y su filosofía". Buenos Aires. Ed. Siglo XX, 1971.
21. KANT, Manuel "Teoría del conocimiento". Buenos Aires. Ed. Columba 1972.
22. DIRFO, Evaluación de la calidad, eficacia y rentabilidad de la formación. Revista Capital Humano, 53 (Mayo, 1993).
23. ALLPORT, M. "Psicología General". México. Ed. Navarro 1980. Pág. 30.
24. WHITHAKER "Psicología". México. Ed. Interamericana 1970. Pág. 623-624.
25. LINOGRIN, Henry. "Introducción a la Psicología Social". Edit. Interamericana. México. 1984. Pág. 98.

26. DEFINICIÓN, práctica (Sede Web). Definicon.de; 2002 (modificada por última vez el 10 jun 2012, a las 18:00); acceso 10 jun 2012). Disponible en: <http://definicion.de/practica/>
27. SÁNCHEZ, F. y otros (1998). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
Obtenido de
«http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Escalas_Likert&oldid=57221662»
28. Asistencia Técnica de DevelopmentAssociates, Inc Manual de normas de planificación familiar Printed in USA. 1995. Págs
29. MANUAL “Normas y Procedimientos en Planificación Familiar”. MINSA. Perú. 1989.
30. www.koolmania.com/secsalud/prevencionembarazo.html. Dr. Pablo E. Hernández Roja, 2001
31. INÉS MARUJA ALBORNOZ TAFUR, “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006” [TESIS para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Lima-Perú 2007.

X. ANEXOS

Anexo A

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Estimado estudiante te voy a presentar a continuación algunas preguntas que han sido elaboradas con la finalidad la recopilar información que va permitir desarrollar actividades preventivo - promocionales en los centros educativos. Agradezco anticipadamente su participación, la información obtenida será anónima.

Se le recomienda leer detenidamente las preguntas y contestar las respuestas con toda sinceridad que UD. crea correctamente con una (x) si en caso tienen alguna duda preguntar al investigador.

Anticipadamente les agradezco su valiosa colaboración

INSTRUCCIONES:

- a) Lee correctamente las preguntas y marca con una X la respuesta que crees correcta.
- b) Evita los borrones y manchas en la hoja.
- c) Marca solo una respuesta.

DATOS GENERALES

1. Edad

2. Sexo:

a) Masculino

☐

b) Femenino

☐

3. Procedencia:

a) Costa

☐

b) Sierra

☐

c) Selva

☐

CONOCIMIENTOS:

1. Los métodos anticonceptivos son:

- a) Sustancias químicas que impiden que nazca el bebe.
- b) Sustancias químicas que impiden el embarazo.
- c) Sustancias químicas que causan daño a la mujer.
- d) Ninguna de las anteriores.

2. Respecto a los métodos anticonceptivos, marque con un aspa los métodos anticonceptivos que conoce:

- () T de cobre.
- () Pastillas anticonceptivas
- () Coitos interruptus
- () Inyecciones
- () Método del ritmo
- () Método de Biillings
- () Norplant
- () Ligadura de trompas
- () Preservativo
- () Cremas – óvulos
-

3. Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos:

SI ()

NO ()

En caso afirmativo por parte de quién?

.....
.....

1. Respecto a los métodos anticonceptivos relacione ud. con una flecha el contenido correspondiente de la Columna A con la Columna B.

COLUMNA A:

- a) Método de Calendario – Regla, Billings.
- b) T de cobre.
- c) Pastillas o Inyecciones.
- d) Ligadura de trompas -Vasectomía
- e) Preservativo

COLUMNA B:

- a) Dispositivo intrauterino
- b) Método quirúrgico
- c) Método natural
- d) Método hormonal.
- e) Método de barrera

2. El método de calendario o regla puede ser usado por:

- a) Mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- b) Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- c) Mujeres con más de dos hijos.
- d) Todas las mujeres
- e) No sé

1. El anticonceptivo inyectable se debe aplicar:

- a) Cada mes
- b) Cada 3 meses
- c) Todos los días

7. El preservativo: ¿En qué momentos se debe utilizarse?

- a) Antes del coito
- b) Después del coito
- c) No sabe

ACTITUDES:

A continuación se les va a presentar una serie de preguntas relacionados con los métodos anticonceptivos, Coloca una aspa (X) debajo de la columna; **A** solo si estás de acuerdo con la frase, **I** solo si estas indeciso y **D** solo si estás en desacuerdo.

Nº	PROPOSICIONES	A	I	D
1	Los métodos anticonceptivos tienen como efecto adverso el aumento de peso.			
2	Considera adecuado la planificación familiar.			
3	Todos los métodos anticonceptivos son seguros.			
4	Para tener relaciones sexuales, solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada.			
5	Se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos.			
6	Considera la abstinencia del inicio de las relaciones sexuales como un método más seguro.			
7	Considera que se debe disminuir el número de embarazos			
8	Considera que habiendo iniciado las relaciones sexuales es bueno utilizar un método anticonceptivo			
9	La pareja debe utilizar el método más conocido.			
10	Considera que es beneficioso asistir a programas de salud sexual y reproductiva.			

PRÁCTICAS:

N°	PROPOCICIONES	A	I	D
1	Las pastillas anticonceptivas son más eficaces que el método de calendario.			
2	Los métodos anticonceptivos tienen como efecto adverso el aumento de peso.			
3	El uso del preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir.			
4	El uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones			
5	Las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días.			
6	El uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos.			
7	La utilización de métodos anticonceptivos previenes de un embarazo no deseado			
8	Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja.			
9	Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar.			
10	El preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual.			

✓ Usted ha utilizado algún método anticonceptivo:

a) Si

b) No

Que método ha utilizado.....